



Universidade de Aveiro Departamento de Educação
2015

**MARIA JOÃO LOPES
DE SOUSA FERREIRA
CÂNDIDO**

**IMPACTO PSICOSSOCIAL DAS PREOCUPAÇÕES
REPRODUTIVAS EM JOVENS MULHERES COM
CANCRO DA MAMA E GINECOLÓGICO**



Universidade de Aveiro Departamento de Educação
2015

**MARIA JOÃO LOPES
DE SOUSA FERREIRA
CÂNDIDO**

**IMPACTO PSICOSSOCIAL DAS PREOCUPAÇÕES
REPRODUTIVAS EM JOVENS MULHERES COM
CANCRO DA MAMA E GINECOLÓGICO**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Psicologia da Saúde e Reabilitação Neuropsicológica, realizada sob a orientação científica da Doutora Sara Otília Marques Monteiro, Professora Auxiliar Convidada do Departamento de Educação da Universidade de Aveiro

A ti,
Lídia de Sousa

o júri

presidente

Prof. Doutora Anabela Maria Sousa Pereira
Professora Associada C/ Agregação, Universidade de Aveiro

Prof. Doutor Ricardo João Fernandes Teixeira
Universidade de Aveiro

Prof. Doutora Sara Otília Marques Monteiro
Professora Auxiliar Convidada, Universidade de Aveiro

agradecimentos

À professora Doutora Sara Monteiro, orientadora desta tese, pela sua disponibilidade e importantes contributos na consolidação da mesma
À administração do CHBV, E.P.E., respetivo Departamento de Formação, Comissão de Ética e Direção do Serviço de Oncologia e Dor por autorizarem este estudo

A todas as mulheres que participaram voluntariamente no estudo

Aos meus pais, Graça e João, por toda a educação que sempre me inculcaram, pelo modelo que são para mim, por me terem deixado voar e pela possibilidade de chegar até aqui

Aos meus irmãos, Francisca e Pedro, pelos sorrisos e distrações em momentos de maior angústia

Ao Miguel, um agradecimento especial, por todo o apoio, amizade, amor e carinho em todas as horas

Aos amigos, Ivan, Marta, Edite, Daniel, Sandra, Patrícia, Ana, Tatiana, Margarida e Luís pela paciência e entreaajuda nos dias mais fatigantes

À minha segunda família, o 700, pela coragem que me deram

Aos meus tios Serafim, Cristina e Francisco pela preocupação de sempre

E a todos que aqui não mencionei, mas que de alguma forma foram uma peça importante em todo o meu percurso, fica o meu último agradecimento.

palavras-chave

Cancro da mama, cancro ginecológico, jovens mulheres, preocupações reprodutivas, qualidade de vida

resumo

A investigação acerca das preocupações reprodutivas das jovens mulheres com cancro de mama e ginecológico envolveu a uma produção científica expressiva nos últimos anos. Desde a segunda metade do século XX têm surgido novas interpretações para o cancro e, consequentemente novos tratamentos. No entanto, a neoplastia da mama e ginecológica continuam a apresentar um grande impacto na vida da mulher e da sua família, acarretando dificuldades a vários níveis, nomeadamente físico, emocional e social. O presente estudo tem como objetivo principal compreender e avaliar as implicações psicossociais (ansiedade, depressão e qualidade de vida) das preocupações reprodutivas das mulheres jovens diagnosticadas com cancro de mama e cancro ginecológico. A amostra do estudo é constituída 95 mulheres (52 com diagnóstico de cancro e 43 sem história de diagnóstico), recrutadas no C.H.B.V II, Aveiro e através de diversas páginas de Facebooks de apoio a mulheres com cancro. Todas as participantes responderam a um protocolo composto por 4 instrumentos: questionário sócio-demográfico e clínico, Escala de Preocupações Reprodutivas, Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar e o EORTC QLQ-C30 (versão 3), com os suplementos QLQ-BR23 para o cancro da mama e o QLQ-CX24 para o cancro ginecológico. Os resultados evidenciaram correlações significativas entre as preocupações reprodutivas e a depressão, ansiedade e qualidade de vida. De igual forma, os dados revelam níveis de ansiedade e depressão superiores nas mulheres com diagnóstico comparativamente às mulheres sem diagnóstico, e que a fertilidade não é tida como um fator de decisão na escolha de tratamento de cancro. O estudo revela que, embora se verifiquem diferenças entre os grupos relativamente à qualidade de vida, os valores para ambos são reduzidos. No entanto, destaca-se que a subescala de saúde geral e qualidade de vida é superior nos controlos comparativamente às mulheres com diagnóstico.

keywords

Breast cancer, gynecological cancer, young women, reproductive concerns, quality of life.

abstract

The research about the reproductive concerns of young women with breast and gynecological cancer involved a significant scientific production in recent years. Since the second half of the twentieth century there have been new interpretations for cancer and thus new treatments. However, the breast and gynecological neoplastic continue to have a major impact on the lives of women and their families, causing difficulties at various levels, including physical, emotional and social. This study aims to understand and assess the psychosocial implications (anxiety, depression and quality of life) of reproductive concerns of young women diagnosed with breast and gynecological cancer. And also wanted to evaluate the psychometric qualities of Reproductive Concerns Scale. The study sample consists of 95 women (52 diagnosed with cancer and 43 without history of cancer) and were recruited in CHBV II, Aveiro and across several Facebooks pages who support women with cancer. All participants answered a protocol consists of four instruments: socio-demographic and clinical questionnaire, Reproductive Concerns Scale, The Hospital Anxiety and Depression Scale and the EORTC QLQ-C30 (version 3), the QLQ-BR23 supplements for Breast cancer and QLQ-CX24 for gynecological cancer. The results showed significant correlations between reproductive concerns and depression, anxiety and quality of life. Similarly, data show levels of anxiety and depression higher in women diagnosed compared to women without a diagnosis. And, the fertility is not regarded as a deciding factor in the choice of treatment of cancer. The study also shows that, although there are differences in relation to the quality of life groups, the values for both are reduced. However, it is emphasized that the subscale of general health and quality of life is higher in controls compared to women diagnosed.

Índice Geral

Índice de Quadros e Tabelas

Índice de Anexos

Lista de Siglas e Abreviaturas

I- Introdução	1
1.1 Câncer: Etiologia, Prevalência, Ajustamento e Preocupações Reprodutivas	1
1.1.1 Câncer da Mama	1
1.1.2 Câncer Ginecológico	3
1.2 Ajustamento Psicossocial das sobreviventes e em particular das jovens	4
1.3 Preocupações reprodutivas das mulheres jovens e o seu impacto	5
II- Metodologia.....	7
1. Desenho do estudo	7
2. Caracterização da amostra	8
3. Procedimentos.....	13
3.1. Instrumentos de avaliação utilizados no estudo	13
3.2. Procedimentos	16
3.3 Procedimentos Estatísticos	16
III- Resultados	17
IV- Discussão dos Resultados	23
V- Referências	27

Índice de Quadros e Tabelas

Quadro 1 – Páginas Facebook de apoio que divulgaram o questionário	8
Tabela 1 – Características sociodemográficas[1]	10
Tabela 2 – Características sociodemográficas [2]	11
Tabela 3 – Características clínicas	12
Tabela 4 – Características clínicas (cont.)	13
Tabela 5 – Comparação das subescalas e escala total HADS entre os grupos	17
Tabela 6 – Comparação das subescalas QLQ-C30 entre os grupos	18
Tabela 7 – Comparação da escala RCS entre os grupos	19
Tabela 8 – Correlação entre as variáveis médicas e a Depressão, Ansiedade, Preocupações reprodutivas (PR) e QL	20
Tabela 9 – Resultados do teste χ^2 de Kruskal-Wallis relativo às variáveis médicas do estudo para as subescalas da HADS	20
Tabela 10 – Resultados do teste U de Mann-Whitney relativo à variável médica do estudo para as subescalas da HADS	20
Tabela 11 – Resultados do teste χ^2 de Kruskal-Wallis relativo às variáveis médicas do estudo na RCS	21
Tabela 12 – Resultados do teste U de Mann-Whitney relativo à variável médica do estudo na RCS	21
Tabela 13 – Resultados do teste χ^2 de Kruskal-Wallis relativo às variáveis médicas do estudo na subescala QL do <i>QLQ-C30</i>	22
Tabela 14 – Resultados do teste U de Mann-Whitney relativo à variável médica do estudo na subescala QL do <i>QLQ-C30</i>	22
Tabela 15 – Correlação entre as PR com a depressão, ansiedade e QL	22
Tabela 16 – Alpha de Cronbach if item deleted	23

Índice de Anexos

Anexo A – Consentimento Informado

Anexo B – Questionário

Lista de Siglas e Abreviações

APA – *American Psychiatric Association*

EORTC – *European Organization for Research and Treatment of Cancer*

EPR – Escala das Preocupações Reprodutivas

HADS – *The Hospital anxiety and depression scale*

QdV – Qualidade de vida

QLQ-C30 – *Quality of Life Questionnaire - Core 30*

QLQ-BR23 – *Quality of Life Questionnaire - Breast Cancer Module 23*

QLQ-CX24 – *Quality of Life Questionnaire - Cervix Cancer Module 24*

QLQ-OV28 – *Quality of Life Questionnaire - Ovarian Cancer Module 28*

RCS – *Reproductive Concerns Scale*

SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*

WHO – *World Health Organization*

I- Introdução

No decorrer do tempo, e com a evolução da ciência, a história do cancro tem vindo a sofrer diversas alterações. No século XIX e nos primórdios do século XX, era considerado contagioso e estava relacionado com escassez de higiene, sujidade física e moral, no entanto, na segunda metade do século XX, surgem novas formas de interpretação da etiologia e tratamento para o cancro (Tavares & Trad, 2005). De toda a investigação realizada, foi possível averiguar que cancro não é uma doença aguda, com eventos discretos e um final definido. Muito pelo contrário, este é um processo que se estende ao resto do tempo de vida (Helgeson, 2011).

1.1 Cancro: Etiologia, Prevalência, Ajustamento e Preocupações Reprodutivas

1.1.1 Cancro da Mama

A neoplastia maligna da mama, vulgarmente denominada de cancro da mama, caracteriza-se como sendo uma doença heterogénea, assinalada por uma desregulação dos múltiplos caminhos celulares e que apresenta diferentes morfologias e sensibilidade a vários tratamentos (Senkus et al., 2014). Um melhor entendimento da biologia do cancro da mama facultaria tratamentos direcionados para subconjuntos moleculares específicos, o que promove melhores resultados (Senkus et al., 2014).

A nível mundial, o cancro da mama é o mais frequente entre as mulheres (Moreira & Canavarro, 2012; Rodrigues, 2011; Senkus et al., 2014; Wong-Kim & Bloom, 2005). O número de pessoas com diagnóstico de cancro tem aumentando a cada ano (Silva et al., 2012a) e, segundo Senkus e colaboradores (2014), é a segunda causa de morte mais comum nos países desenvolvidos.

Cerca de um quarto dos doentes com carcinoma da mama são diagnosticados antes do início da menopausa (Blakely et al., 2004). De acordo com os dados disponibilizados pela Liga Portuguesa contra o Cancro (2009), na Europa, uma média de 20 a 30% dos diagnósticos de cancro da mama ocorrem em mulheres antes dos 50 anos de idade.

Dados fornecidos pela Direção-Geral da Saúde (2013) evidenciam, uma tendência crescente de recursos utilizados referente à neoplastia maligna da mama. Os dados apontam, igualmente, um crescimento dos programas de rastreio e consequentemente o aumento do número de mulheres tratadas – em 2007 contabilizaram-se 6229 utentes internadas e, em 2011, 7843 utentes (DGS, 2013). Relativamente à taxa de incidência do

cancro da mama, em Portugal, no ano de 2007, verifica-se uma incidência bruta de 101,80 e uma incidência padronizada de 82,40 (por 100000 habitantes) (DGS, 2013).

No decorrer dos últimos anos têm sido evidentes as transformações, quer na filosofia de tratamento do cancro de mama bem como nas terapias disponíveis, contribuindo assim para a melhoria das taxas de sobrevivência e de qualidade de vida (Senkus et al., 2014). De salientar, que a sobrevivência em doentes com cancro tem sofrido um aumento positivo provocado por diversos fatores, destacando o progresso científico e a dedicação dos profissionais. Deste modo, tem sido notório o crescimento de uma nova população, os sobreviventes de cancro, com dificuldades clínicas e sociais muito próprias (DGS, 2013).

Breast Cancer Care (2013) identifica vários tipos de cancro da mama, nomeadamente o cancro da mama precoce, o cancro da mama invasivo, o cancro da mama ductal invasivo, o cancro da mama lobular invasivo, a doença de paget do mamilo, o cancro inflamatório da mama, o cancro da mama medular, o cancro da mama mucinoso, o cancro da mama triplo negativo, o carcinoma ductal “in situ” (CDIS), o tumor filóide maligno e o segundo diagnóstico primário.

Associados ao aparecimento das doenças cancerígenas, para além dos fatores de risco, diversos investigadores mencionam a história familiar e fatores reprodutivos relacionados a uma exposição continuada a estrogénios endógenos (referentes à menarca precoce, menopausa tardia e idade tardia do primeiro parto) como fatores específicos do cancro de mama em geral (WHO, 2014). De acordo com os dados disponibilizados pela Organização Mundial de Saúde 21% das mortes provocadas por cancro de mama podem ser atribuídas ao consumo de álcool, excesso de peso e obesidade e inatividade física. Já a amamentação atua como um efeito protetor (WHO, 2014).

São conhecidos, atualmente, diferentes tipos de tratamentos, que podem ser “locais, como a radioterapia e a cirurgia (radical ou conservadora) ou sistémicos, como a quimioterapia e a terapia hormonal” (Keitel & Kopala, 2000 citado por Ramos & Patrão, 2005, p. 295). Todavia, o tratamento da neoplasia da mama implica, muitas vezes, a remoção parcial ou total da mama, seguido da administração de radioterapia e/ou quimioterapia (Silva et al., 2012b). Estes procedimentos frequentemente provocam efeitos secundários como níveis de energia reduzidos, dor, problemas de sono, alterações menstruais, infertilidade, aumento de peso, linfedema, perda de cabelo (efeito específico da quimioterapia) e dificuldades a nível sexual (Bloom et al., 2012; Silva et al., 2012a; Vargas

et al., 2010). Importa salientar que, particularmente, na radioterapia, a literatura aponta também a irritação da pele que varia desde a vermelhidão - eritema - até à descamação, ulceração e necrose (Schnur et al., 2011).

1.1.2 Cancro Ginecológico

Têm a denominação de cancro ginecológico aqueles que invadem o sistema reprodutor feminino, a saber: ovários, trompas de Falópio, útero, vagina, colo do útero e órgãos associados (Zavesky et al., 2015). A nomenclatura de cancro ginecológico também é classificada de acordo com o órgão reprodutor afetado conduzindo, assim, a diferentes tipos de cancro ginecológico. Posto isto, a literatura demonstra que o cancro do ovário tem início nos ovários; o cancro cervical afeta os tecidos do colo do útero; o cancro do endométrio tem origem a partir do revestimento do útero ou o próprio útero; o cancro do tubo tem o foco nas trompas de Falópio; o cancro da vulva representa o cancro dos órgãos genitais femininos externos; e o cancro vaginal que existe no canal que conduz do colo do útero de uma mulher para a vulva (Liu & Zhang, 2015).

O cancro do colo do útero é classificado como a quarta causa de cancro feminino no mundo e o segundo mais comum em mulheres com idade entre 15 e 44 anos (ICO HPV Information Centre, 2014).

A Direção-Geral da Saúde (2013) revela, em Portugal, no ano de 2007, para o cancro do colo do útero uma incidência bruta de 12.80 e uma incidência padronizada de 11.10 (por 100000 habitantes) e para o cancro do corpo do útero uma incidência bruta de 15.60 e uma incidência padronizada de 11.40 (por 100000 habitantes). De salientar que em 2011, a taxa de mortalidade padronizada em mulheres com menos de 65 anos foi de 2.4 no cancro do colo do útero e 0.5 no cancro do corpo do útero (DGS, 2013).

Dados recentes apontam que 15% dos cancros que afetam as mulheres são de origem ginecológica, sendo que a sua maioria afeta a fertilidade das mulheres que estão em idade reprodutiva. Esta alteração é provocada de forma indireta através dos tratamentos onde se inclui a quimioterapia e radioterapia (Liu & Zhang, 2015).

A literatura demonstra que são vários os fatores que originam o cancro ginecológico. A investigação médica (Foundation for women's cancer, 2015) revela que algumas classes de genes, denominados oncogenes e genes supressores tumorais, promovem o crescimento do cancro. A função anormal destes genes pode ser adquirido pelo tabagismo,

envelhecimento, influências ambientais ou herdado. Quase todos os cânceros cervicais e alguns tipos de cancro da vagina e vulva são causados por um vírus conhecido como HPV - vírus do papiloma humano (Foundation for women's cancer, 2015).

O cancro do colo do útero é o segundo cancro mais comum em mulheres em todo o mundo (WHO, 2003) e, a infeção crónica com o vírus do papiloma humano é um acontecimento necessário para a evolução deste tipo de cancro. Hoje, mais de 80% de mulheres que morrem de cancro de colo do útero vivem em países em desenvolvimento.

Quando o diagnóstico de cancro ocorre nos estádios iniciais da progressão da doença, verifica-se uma maior probabilidade de uma melhor resposta ao tratamento e, eventualmente, resulta numa melhoria da sobrevivência das pacientes (Zavesky et al., 2015). No cancro do ovário, a deteção precoce durante as fases I e II leva a uma taxa de sobrevivência 60-90% ao fim de 5 anos, todavia o diagnóstico nos estádios III e IV leva a uma diminuição da taxa de sobrevivência significativa para cerca de 33%, com a pior taxa de sobrevivência (19%) observada para o estágio IV (Heintz, et al., 2006).

Tanto a prevenção como o diagnóstico prematuro dos tumores malignas, são objetivos presentes nas estratégias de saúde das comunidades desenvolvidas. Neste sentido, as medidas gerais de prevenção desses países passam por promover a adoção de estilos de vida saudáveis, com vista à diminuição da exposição aos fatores de risco (Rodrigo, 2011). É, portanto, aconselhável: a) não fumar; b) dieta equilibrada e rica em fibras; c) atividade física regular; d) exposição solar limitada; e) limitar a ingestão de bebidas alcoólicas; f) proteção contra as doenças sexualmente transmissíveis; g) exames médicos de rotina; h) realização de testes de rastreio; i) e limitar o número de parceiros sexuais (Rodrigo, 2011).

O tratamento do cancro ginecológico é preferencialmente cirúrgico podendo ser complementado com radioterapia (Jorge, 2011) e quimioterapia (Mota, 2011). No entanto, e dada a complexidade dos vários tipos de cancro ginecológico, o tratamento vai depender do caso específico e das características da paciente (Jorge, 2011).

1.2 Ajustamento Psicossocial das sobreviventes e em particular das jovens

Constata-se que quer o cancro da mama (Moreira et al., 2008) como o cancro ginecológico (Consolo et al., 2012) apresentam um grande impacto a nível psicossocial nas mulheres logo após o diagnóstico (Virtue et al., 2015; Silva et al., 2012a). Apesar do prognóstico razoavelmente bom de pacientes de cancro da mama (Björneklett et al., 2013;

Silva et al., 2012a) e ginecológico (Mota, 2011) posteriormente ao diagnóstico (90% e 80% estão vivas após 5 anos, respetivamente), é indiscutível a apresentação de dificuldades que se prendem com um maior *distress*. Assim, apontam-se o medo da reincidência e/ou de morte; sensação de perda de controlo; isolamento; problemas de adaptação às mudanças físicas (perda de energia, cansaço, infertilidade, ganho de peso, alterações nos padrões de sono e alimentação, etc.); mal-estar psicossocial (ansiedade, depressão, baixa autoestima e alterações na imagem corporal - satisfação reduzida com a aparência, especificamente do peito); dificuldade nas relações sexuais; redefinição ou alteração de valores básicos, crenças e metas; e variações nas relações com as pessoas próximas (familiares e amigos) (Björneklett et al., 2013; Bloom et al., 2012; Rodríguez & Font, 2013; Silva et al., 2012a; Vargas et al., 2010).

O diagnóstico de cancro de mama e ginecológico e o respetivo tratamento podem influenciar negativamente a fertilidade das mulheres na pré-menopausa e o seu planeamento reprodutivo, potenciando elevados níveis de *stress*, seguidos por morbilidade psicológica significativa (Gorman et al., 2010; Carter et al., 2005). No sexo feminino mais jovem, esta morbilidade física e psicossocial, relacionada com os tratamentos, pode prejudicar o seu desempenho nos papéis sociais que caracterizam este grupo etário (Dunn & Steginga, 2000). De salientar que as preocupações psicossociais destas mulheres podem permanecer durante vários anos após o diagnóstico, influenciando negativamente a qualidade de vida (Consolo et al., 2012; Ganz et al., 1996).

1.3 Preocupações reprodutivas das mulheres jovens e o seu impacto

A interpretação pessoal do diagnóstico de cancro e os efeitos dos tratamentos estão na base de inúmeras dificuldades que o próprio e a sua família enfrentam durante todo o processo (Varela & Leal, 2007). As mulheres jovens sobreviventes de cancro apresentam preocupações muito próprias, destacando o facto de lidar com as consequências ginecológicas e reprodutivas do tratamento (Thewes et al., 2004). Isto é, estas mulheres apontam a ansiedade acerca da sua capacidade de ter filhos, criar os filhos como um sobrevivente de cancro, menopausa precoce, infertilidade, declínio ovariano precoce e sintomas relacionados, e como a gravidez pode despoletar o risco de recorrência (Gorman et al., 2010). É, ainda, visível a preocupação destas jovens mulheres na procura de serviços

de suporte para abordar questões de estilo de vida saudável, como a educação sobre dieta, exercício, gestão do *stress* e tratamentos complementares (Thewes et al., 2004).

De salientar que as mulheres jovens sobreviventes de cancro de mama sentem elevados níveis ansiedade e medo quando relacionados com as suas preocupações referentes ao não viverem para verem os seus filhos crescer, o que não acontece com as mulheres mais velhas dado que os seus níveis de ansiedade estão apenas associados ao medo da recorrência de cancro (Dunn & Steginga, 2000).

A organização Mundial da Saúde (WHO, 2015) define a infertilidade como a incapacidade de um casal conseguir gravidez após um ano de relações sexuais sem contraceção. A infertilidade é uma preocupação sentida pelas jovens mulheres diagnosticadas com cancro. Mesmo após estabilizar a doença e as respetivas variáveis psicossociais, as preocupações reprodutivas são significativamente relacionadas com a qualidade de vida a longo prazo (Carter et al., 2005). Deste modo, expõe-se a necessidade de um aconselhamento intensivo mais formalizado antes e após o tratamento do cancro por forma a auxiliar as pacientes a resolver ou gerir sequelas psicossociais resultantes de infertilidade não planeada (Wenzel et al., 2005).

A melhor evidência disponível indica que a gravidez após o cancro de mama não aumenta o risco de reincidência (Blakely et al., 2004; De Bree et al., 2010), podendo, de facto, conceder um efeito protetor (De Bree et al., 2010). Azim et al. (2011) realizaram uma meta-análise de 14 estudos, onde se apurou uma redução de 41% do risco de morte em mulheres que engravidaram após o cancro de mama comparativamente a mulheres que não fizeram. No entanto, e apesar dos resultados acima expostos, a gravidez após o cancro de mama ainda é rodeada de mitos e fatos que necessitam ser cuidadosamente refletidos e clarificados (Pagani & Azim, 2012).

É comumente sabido que a utilização de quimioterapia e terapias endócrinas no tratamento de mulheres na pré-menopausa acarreta implicações reprodutivas e ginecológicas que as mulheres jovens frequentemente consideram angustiantes e divergentes com os seus planos para ter filhos (Thewes et al., 2005).

Os problemas de fertilidade induzidos pelos tratamentos adjuvantes e o risco potencial associado à gravidez são as principais preocupações das pacientes jovens na com cancro de mama num estágio inicial. Embora as evidências atuais sugiram que a gravidez não afeta negativamente o prognóstico, foi relatada uma taxa baixa (3-8%) de gravidez

após o cancro de mama. Entre as possíveis causas de uma taxa tão baixa, existe uma grande probabilidade da ocorrência de abortos espontâneos (25%), bem como os problemas de fertilidade devido aos tratamentos adjuvantes (Mastro et al., 2006; Zebrack et al., 2004). Relativamente ao cancro ginecológico, o tratamento cirúrgico pode aumentar o risco de perda fetal tardia ou nascimento prematuro (Amant et al., 2010; Carbonne & Ansquer, 2010), podendo levar ao comprometimento cognitivo da criança, porém ainda são escassos os estudos na área (Amant et al., 2010). Estas mulheres apresentam uma elevada carência de apoio emocional, informação em torno de questões relacionadas com contraceção, sintomas de menopausa e sexualidade e a necessidade de aquisição de estratégias de *coping* para lidar com o receio de recorrência e pela gestão do *stress* diário. Verifica-se, ainda, a pertinência destas sobreviventes confirmarem que as suas dores, fadiga e outros sintomas são expectáveis perante esta vivência específica (Thewes et al., 2004).

Aquando do diagnóstico, as mulheres mais jovens que ostentam elevados níveis de dor, níveis baixos de auto-estima e de apoio emocional apresentam maior risco de exibir sintomatologia depressiva (Wong-Kim & Bloom, 2005). Estes sintomas depressivos podem sofrer um aumento se as mulheres jovens tiverem filhos, dado que os cuidadores despendem mais energia e a sua atenção está focada mais em outras pessoas do que em si mesmos. Devido ao tratamento do cancro ou efeitos colaterais do tratamento, o papel da mulher como um cuidador, provavelmente, será limitado atuando como fator de stress (Wong-Kim & Bloom, 2005).

Tal como referido anteriormente, existem diversas lacunas no conhecimento das sobreviventes acerca da fertilidade e dos efeitos reprodutivos (Zebrack et al., 2004). Neste sentido, o enfoque deve situar-se na adoção de estratégias de coping, após o diagnóstico de cancro, para poderem lidar com os vários estádios da doença e com as suas dificuldades particulares (Varela & Leal, 2007).

II- Metodologia

1. Desenho do estudo

Este é um estudo exploratório que pretende determinar o impacto das preocupações reprodutivas no ajustamento psicossocial (ansiedade, depressão e qualidade de vida) numa

amostra de jovens mulheres com cancro da mama e ginecológico nas diferentes fases da doença. Mais especificamente, pretende comparar as preocupações reprodutivas e o ajustamento psicossocial das jovens mulheres com cancro de mama e ginecológico com mulheres saudáveis em idade reprodutiva sem histórico de cancro. Pretende-se, ainda, com este estudo determinar como os fatores demográficos, clínicos e relacionais influenciam as preocupações reprodutivas das jovens mulheres com cancro de mama e ginecológico.

2. Caracterização da amostra

A amostra de conveniência é constituída por mulheres diagnosticadas com cancro de mama e cancro ginecológico (n=52), tendo sido recrutadas no Centro Hospitalar Baixo Vouga II, Aveiro e através de diversas páginas de Facebooks de apoio a mulheres com cancro (Quadro 1).

Quadro 1

Páginas Facebook de apoio que divulgaram o questionário

De Peito Feito
Minha Vida Comigo
Linha Contra o Cancro – 21 361 95 42
<i>Stop Cancer</i> Portugal
Cancro da Mama: dores do sofrimento feminino na experiência com a doença
Associação de Mulheres Mastectomizadas "Ame e Viva a Vida"
Guerreiras
Um Dia Pela Vida - Juntos Caminhamos Contra O Cancro
A prender a viver um dia de cada vez
Cancro Meu
Evita – Cancro Hereditário
<i>Give a punch in cancer</i>
Partilhas
Viver com cancro e ser feliz
Cancro da Mama: a minha caminhada
Despir o Preconceito

As participantes deram o seu consentimento para a participação no estudo, após os procedimentos serem perçetivelmente esclarecidos e fornecido um documento escrito. Para poder integrar a amostra, as participantes deveriam preencher todos os seguintes critérios: a) idade entre 18 e 40 anos; b) diagnóstico prévio de fase I-III da mama ou cancro ginecológico; c) capacidade de ler e compreender a Língua Portuguesa; d) e sem diagnóstico de doenças psiquiátricas, distúrbios da comunicação, condição médica grave ou neoplasias coexistentes.

Foi ainda constituído um grupo de controlo por mulheres saudáveis com características semelhantes em idade, raça e educação. Este grupo deveria cumprir os seguintes critérios de inclusão: a) sem história de doença oncológica, nem outra doença incapacitante crónica e / ou mental; b) idade entre 18 e 40 anos; c) e capacidade de ler e escrever a língua portuguesa. Dado existirem duas participantes que preenchiam o critério de exclusão (a), não foram integradas no estudo.

O grupo com diagnóstico apresentava uma idade média de 27.14 (Min=21; Max=40; SD=6.468). A maioria era casada (50%), tinha a licenciatura (42.3%) e o ensino secundário (28.8%). A maioria da amostra pertencia à categoria de trabalhador por conta de outrem (71.2%) e a grande concentração de mulheres pertencia à região de Lisboa e Vale do Tejo (34.6%), seguida da região centro (30.8%).

No que diz respeito ao tipo de cancro diagnosticado, o cancro de mama (84.3%) é predominante comparativamente ao cancro ginecológico (15.7%). A maioria detetou o cancro através de auto-exame (palpação) da mama (49%) e em consulta de rotina no médico (41.2%). Quanto ao tratamento, o mais realizado a quimioterapia (34.6%), seguida da cirurgia (21.2%) e a junção dos 4 tratamentos (cirurgia, quimioterapia, radioterapia e terapia hormonal) (21.2%). O tempo de tratamento médio ocorreu de 7 a 12 meses (51.9%).

O grupo controlo foi constituído por mulheres saudáveis com uma média etária de 36.23 (Min=18; Max=40; SD=3.944). A maioria era solteira (51.2%), tinha concluído o ensino secundário (58.1%), seguindo-se a formação universitária - licenciatura (37.2%). A generalidade das participantes trabalhava por conta de outrem (53.55%), seguindo-se as estudantes (39.5%). De salientar que a grande maioria das mulheres pertencia à região centro de Portugal (93%).

De salientar que as mulheres com diagnóstico de cancro aquando da decisão de tratamento, a fertilidade não foi tida como um fator importante, dado que numa escala de 0 a 10, a média obtida foi 3.67 (SD=3.681). Já o medo de recorrência de cancro apurado apresenta uma média de 8.71 (SD=2.090).

Nas tabelas 1 e 2 é visível que os grupos diferem em relação às variáveis idade ($U=279.00$, $z=-6.296$, $p\leq.001$) e a relação com o parceiro ($U=830.50$, $z=-2.272$, $p=.023$), sendo que o mesmo não se verifica com a importância de ser mãe ($U=1024.50$, $z=-.804$, $p=.421$). Averiguou-se igualmente, que os grupos diferem no que respeita ao estado civil, $\chi^2(3, N=95) = 8.223$, $p=.042$, às habilitações literárias, $\chi^2(4, N=95)= 13.045$, $p=.011$, à situação profissional, $\chi^2(4, N=95) = 30.185$, $p\leq.001$ e à região em que reside $\chi^2(4, N=95) = 38.052$, $p\leq.001$.

Tabela 1

Características sociodemográficas

	Mulheres com Diagnóstico			Mulheres sem Diagnóstico			
Idade	M	Mdn	SD	M	Mdn	SD	U
	27.14	26	6.468	36.23	37	3.944	279.00
Importância de ser mãe	9.12	10	1.592	9.26	10	1.002	1024.50
Relação com parceiro	7.25	8.5	3.174	8.91	9	.921	830.50
(In)Fertilidade	3.67	3	3.681				
Medo de Recorrência	8.71	10	2.090				

Tabela 2

Características sociodemográficas

	Mulheres com diagnóstico		Mulheres sem diagnóstico		χ^2
	n	%	n	%	
Estado Civil					8.223
Solteira	14	26.9	22	51.2	
Casada	26	50	18	41.9	
União de Facto	10	19.2	3	7	
Viúva	2	3.8	0	0	
Habilitações Literárias					13.045
1º Ciclo	0	0	0	0	
2º Ciclo	2	3.8	0	0	
3º Ciclo	3	5.8	0	0	
Ensino Secundário	15	28.8	25	58.1	
Licenciatura	22	42.3	16	37.2	
Mestrado	10	19.2	2	4.7	
Doutoramento	0	0	0	0	
Situação Profissional					30.185
Trabalhador c/ própria	2	3.8	2	4.7	
Trabalhador c/ outrem	37	71.2	23	53.5	
Baixa Médica	6	11.5	0	0	
Desempregada	7	13.5	1	2.3	
Estudante	0	0	17	39.5	
Região onde Reside					38.052
Norte	13	25	2	4.7	
Centro	16	30.8	40	93.0	
Lisboa e Vale do Tejo	18	34.6	1	2.3	
Alentejo	1	1.9	0	0	
Algarve	4	7.7	0	0	

Tabela 3

Características clínicas

	Cancro de Mama		Cancro ginecológico	
	n	%	n	%
Participantes	44	84.6	8	15.4
Forma Detecção Cancro				
Auto-exame (palpação) da mama	26	50	0	0
Consulta de rotina no médico	13	25	8	15.4
Exames de Rastreio	5	9.6	0	0
Fase da Doença				
Carcinoma in situ	7	13.5	7	13.5
Fase I	4	7.7	1	1.9
Fase II	12	23.1	0	0
Fase III	21	40.4	0	0
Tratamento Realizado				
Cirurgia	5	9.6	6	11.5
Quimioterapia	16	30.8	2	3.8
Radioterapia	1	1.9	0	0
Terapia Hormonal	2	3.8	0	0
Cirurgia, Quimioterapia, Radioterapia e Terapia Hormonal	11	21.2	0	0
Cirurgia e Quimioterapia	1	1.9	0	0
Cirurgia e Radioterapia	1	1.9	0	0
Cirurgia, Radioterapia e Quimioterapia	5	9.6	0	0
Quimioterapia e Radioterapia	1	1.9	0	0
Quimioterapia, Radioterapia e Terapia Hormonal	1	1.9	0	0

Tabela 4

Características clínicas (cont.)

	Cancro de Mama		Cancro ginecológico	
	n	%	n	%
Tempo de Tratamento				
1 a 6 meses	9	17.3	4	7.7
7 a 13 meses	25	48.1	3	5.8
13 a 18 meses	9	17.3	1	1.9
5 anos	1	1.9		
Filhos antes do diagnóstico				
0	15	28.8	3	5.8
1	18	34.6	4	7.7
2	11	21.2	1	1.9
Esclarecimentos acerca da reprodução assistida				
Não	26	50	5.8	3
Sim	18	34.6	5	9.5

3. Procedimentos

3.1. Instrumentos de avaliação utilizados no estudo

Para este estudo foram utilizados quatro instrumentos, a destacar: questionário de dados demográficos e médicos, a Escala de Preocupações Reprodutivas traduzida para a língua portuguesa, a Escala de Ansiedade e Depressão e o Questionário da Qualidade de Vida. Posto isto, utilizou-se um questionário para a obtenção de dados demográficos e médicos (incluindo o diagnóstico, fase do cancro, tipo de tratamento, e comorbilidades psiquiátricas e/ou física). Os itens relacionados com a informação acerca das questões reprodutivas (exemplo: Se pretende esclarecimentos acerca da reprodução assistida, sabe onde ir ou com quem falar?), o número de crianças antes de cancro, a perceção acerca da parentalidade (exemplo: avalie a importância de ser um mãe na sua vida) e qualidade do relacionamento (exemplo: Classifique a qualidade do seu relacionamento com o parceiro), fatores na decisão de tratamento (exemplo: a fertilidade desempenhou um fator na sua decisão relativamente ao tratamento de cancro) e preocupações relacionadas com a saúde (exemplo: recorrência do cancro).

Para a análise das preocupações reprodutivas recorreu-se à Escala de Preocupações Reprodutivas (Reproductive Concerns Scale – RCS) (Wenzel et al., 2005). A RCS examina as preocupações das sobreviventes cuja capacidade reprodutiva pode ter sido prejudicada ou removida como consequência da doença e / ou tratamento. Exemplos dos itens presentes na escala são "descontentamento com o número de crianças" ou "incapacidade de falar abertamente sobre a fertilidade". É uma escala de 14 itens pontuados numa escala tipo Likert de 5 pontos, que varia de 0 "nada" a 4 "muito". A pontuação total RCS é obtida pela soma respostas para todos os 14 itens que variam de 0 a 56, de tal modo que uma pontuação alta representa elevadas preocupações reprodutivas. A versão original do RCS apresenta propriedades psicométricas adequadas, entre sobreviventes de cancro no sexo feminino a longo prazo (*alfa de Cronbach* de .91) e nos controlos (*alfa de Cronbach* de .81) (Wenzel et al., 2005).

A Escala de Ansiedade e Depressão (Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS) (Zigmond & Snaith, 1983) utilizou-se avaliar os níveis de ansiedade e depressão das mulheres diagnosticadas com cancro e compará-los com o dos controlos. A HADS é constituída por duas sub-escalas, em que a primeira permite avaliar a ansiedade e a segunda a depressão. Ambas com sete itens, que são pontuadas separadamente. Cada item é respondido pelo paciente numa escala de resposta de 4 pontos (0-3). Deste modo, as possíveis pontuações variam de 0 a 21 para ansiedade e 0 a 21 para a depressão. O manual da HADS indica que uma pontuação entre 0 e 7 é "normal", entre 8 e 10 "leve", entre 11 e 14 "moderado", e entre 15 e 21 "grave". Uma pontuação de 11 ou superior indica provável presença de uma perturbação do humor e uma pontuação de 8-10 apenas sugere a presença do respetivo estado de humor. A versão original, assim como a versão em Português (Pais-Ribeiro et al., 2007), apresenta características psicométricas adequadas, na medida em que para a ansiedade apurou-se um alfa de Cronbach de .76 e para a escala de depressão o alfa de Cronbach apurado foi de .81.

Por forma a avaliar a qualidade de vida das participantes foi utilizada a versão portuguesa do *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core-30* - EORTC QLQ-C30 (Aaronson et al., 1993). É um questionário composto por 30 itens, em que 24 dos itens constituem nove escalas multi-item e seis itens são medidas de sintomas de um único item. As escalas são construídas através da soma das pontuações dos itens. Quer as subescalas Multi-itens, como os itens

únicos têm o objetivo de refletir a multidimensionalidade do constructo QdV, a citar: cinco sub-escalas funcionais (física, função cognitiva, emocional e social); uma sub-escala saúde global / qualidade de vida; três sub-escalas de sintomas; e itens únicos para a avaliação de sintomas adicionais comumente relatados por pacientes com cancro; um item relacionado com o impacto financeiro do cancro e os respetivos tratamentos. Todos os itens são pontuados em 4 pontos numa escala do tipo Likert, em que 1 é "nada" e 4 é "muito", exceto para dois itens da sub-escala saúde global / qualidade de vida, que é avaliada em 7 pontos modificados da escala analógica linear. Uma pontuação elevada nas escalas funcionais e para o estado de saúde global / QdV representa um nível elevado relativamente ao funcionamento saudável de funcionamento e qualidade de vida, contrariamente ao que se verifica na sub-escala dos sintomas e nos itens únicos (Fayers et al., 2001). A versão portuguesa que se utilizou nesta investigação, de acordo com o coeficiente do alfa de Cronbach das diferentes subescalas apresenta uma boa consistência interna, o qual se situa entre .74 e .88, com exceção da subescala de capacidade cognitiva, que apresenta um valor de .57 (Pais-Ribeiro et al., 2008).

Foram ainda aplicados os suplementos cervicais CX-24 e da mama BR-23 módulos. A versão original, assim como a versão em Português (Pais-Ribeiro et al., 2008), de EORTC QLQ-C30 apresenta características psicométricas adequadas.

O suplemento QLQ-BR23 é constituído por 23 itens que se encontram agrupados em duas escalas multi-item de funcionamento - imagem corporal e funcionamento sexual; dois itens isolados de funcionamento - prazer sexual e perspetiva de futuro; três escalas multi-item de sintomas - efeitos secundários do tratamento, sintomas a nível da mama e sintomas a nível do braço; e ainda um item isolado de preocupação com a queda de cabelo. Já o suplemento QLQ-CX24 integra 24 itens que compõem uma escala multi-item de sintomatologia; três itens isolados de sintomas - linfedema, neuropatia periférica, e sintomas da menopausa; duas escalas multi-item de funcionamento - imagem corporal e funcionamento sexual/vaginal; e três itens isolados referentes à sexualidade - preocupação, prazer e atividade sexual (Fayers et al., 2001).

O suplemento QLQ-OV28 é formado por 28 itens que constituem oito escalas multi-item - sintomas abdominais/gastrointestinais, neuropatia periférica, sintomas hormonais, imagem corporal, atitude face à doença e ao tratamento, efeitos secundários do tratamento, outros sintomas, e sexualidade (Fayers et al., 2001).

3.2. Procedimentos

Após ter sido obtida autorização dos autores para a adaptação da escala – Reproductive Concerns Scale (RCS) – de Wenzell et al, (2005) foi traduzida da língua original – Inglês Americano – para Português Europeu através de tradução retro-tradução, sendo posteriormente analisada, em termos de equivalência conceptual, cultural, e linguística, e de validade de conteúdo. Utilizou-se posteriormente a reflexão falada para verificar como os respondentes entendiam as questões. Após a introdução das alterações sugeridas pelos procedimentos anteriormente descritos, procedeu-se à aplicação do instrumento no sentido de se estudar as suas características psicométricas.

Quanto à aplicação do protocolo, numa primeira fase, foi estabelecido contacto com os membros da Administração do CHBV, E.P.E., respetivo Departamento de Comissão de Ética com o intuito de obter a aprovação necessária para a realização do estudo. Após a autorização dos referidos órgãos, as participantes foram recrutadas segundo a técnica de amostragem não probabilística de conveniência, sendo contactadas através das consultas externas do Serviço de Oncologia e Dor. Os objetivos da investigação foram dados a conhecer e procedeu-se à entrega do consentimento informado (Anexo A) e dos questionários de auto-resposta, juntamente com um questionário sociodemográfico e clínico (Anexo B). Dado o reduzido número de participantes recrutadas no CHBV, E.P.E., recorreu-se a diversos facebook de apoio para obter a restante amostra. De salientar que neste estudo se respeitaram os princípios éticos do consentimento informado e da confidencialidade, e no tratamento dos dados o anonimato foi assegurado pela atribuição de um código numérico aleatório a cada uma das participantes

3.3 Procedimentos Estatísticos

Procedeu-se à construção da base de dados, no programa estatístico programa SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*), de *SPSS Inc., an IBM Company*, versão 21.0, para *Windows* e codificara-se as variáveis em estudo. Os dados foram recolhidos através da administração dos instrumentos constituintes do protocolo de avaliação. De seguida, realizou-se o tratamento estatístico dos dados, tendo sido concretizadas análises descritivas (médias, desvios padrão), análises inferenciais, análise da validade de constructo, e a análise da consistência interna (através do cálculo do coeficiente alfa de Cronbach).

A análise dos resultados foi realizada utilizando a estatística não-paramétrica uma vez que as variáveis não cumpriam os pressupostos de normalidade necessários. Por tal, recorreu-se a correlações de Spearman, testes de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis (Maroco, 2010).

III- Resultados

Na HADS (tabela 5), observou-se que para a subescala depressão, os resultados alcançados pelas participantes apontam uma diferença estatisticamente significativa entre as mulheres com diagnóstico (Mdn=4) comparativamente às mulheres sem diagnóstico (Mdn=2), $U=554.50$, $z=-4.246$, $p\leq.001$. O mesmo se verificou com a subescala ansiedade, uma vez que se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre as mulheres com diagnóstico (Mdn=8) e as mulheres sem diagnóstico (Mdn=4), $U=545.5$, $z=-4.293$, $p\leq.001$.

Tabela 5

Comparação das subescalas e escala total HADS entre os grupos

	Mulheres com diagnóstico		Mulheres sem Diagnóstico		z
	Mdn	(Min-Máx)	Mdn	(Min-Máx)	
Ansiedade	8	1-21	4	0-14	-4.293*
Depressão	4	0-18	2	0-11	-4.246*
Escala Total	13.5	2-33	6	0-18	-4.519*

* $p\leq.001$

*com correção de Bonferroni (significância .025)

Relativamente ao QLQ-C30 (Tabela 6), os dados apontam que foram encontradas diferenças estatisticamente significativas para todas as subescalas com a exceção da SL, AP e DI, tal como é visível na tabela abaixo. Importa ressaltar que para a subescala de saúde geral e qualidade de vida foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ($U = 815.5$, $z=-2.312$, $p=.021$) entre as mulheres diagnosticadas com cancro (Mdn = 11) e as mulheres sem diagnóstico de cancro (Mdn = 12).

Tabela 6

Comparação das subescalas QLQ-C30 entre os grupos

	Mulheres com diagnóstico		Mulheres sem Diagnóstico		p-value*
	Mdn	(Min-Máx)	Mdn	(Min-Máx)	
QL	11	4-14	12	8-14	.021
PF	8	5-16	5	5-9	.000
RF	3	2-7	2	2-3	.000
EF	7	4-16	6	4-10	.002
CF	4	2-8	2	2-4	.000
SF	4	2-8	2	2-6	.000
FA	6	3-10	4	2-10	.000
NV	2	2-6	2	2-3	.001
PA	3	2-7	2	2-4	.000
DY	1	1-3	1	1-2	.003
SL	2	1-4	1	0-4	.010
AP	1	1-3	1	1-2	.732
CO	1	1-4	1	1-3	.000
DI	1	1-4	1	1-2	.042
FI	2	1-4	1	1-2	.000

QL – Qualidade de vida; PF – capacidade física; RF = limitações funcionais; EF – capacidade emocional; CF – capacidade cognitiva; SF – capacidade social; FA – fadiga; NV – náuseas e vômitos; PA – dor; DY – dispneia; SL – insônia; AP – perda de apetite; CO – obstipação; DI – diarreia; FI – dificuldades financeiras.

*com correção de Bonferroni (significância .03)

Já na RCS (Tabela 7), escala total, apuraram-se diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ($U = 90.50$, $z = -7.693$, $p \leq .001$) entre as mulheres diagnosticadas com cancro (Mdn = 16) e as mulheres sem diagnóstico de cancro (Mdn = 6). Ao analisar as preocupações reprodutivas mais aprofundadamente verifica-se que, não existem diferenças estatisticamente significativas entre as mulheres com cancro e sem cancro relativamente à preocupação com a capacidade de ter filhos (RCS_1, $U = 1112.50$, $z = -.043$, $p = .966$), na capacidade de falar abertamente sobre a fertilidade ou preocupações reprodutivas (RCS_6, $U = 980.50$, $z = -1.093$, $p = .274$) e no controlo acerca do futuro reprodutivo (RCS 9, $U = 911.50$, $z = -1.601$, $p = .109$). No que concerne aos restantes itens, pôde apurar-se que existem diferenças entre as mulheres com cancro e mulheres sem cancro, pelos valores medianos calculados, demonstram que as mulheres com diagnóstico de cancro apresentam valores ligeiramente superiores comparativamente às mulheres sem diagnóstico.

Tabela 7

Comparação da escala RCS entre os grupos

	Mulheres com diagnóstico		Mulheres sem Diagnóstico		z
	Mdn	(Min-Máx)	Mdn	(Min-Máx)	
RCS_Total	16	7-38	6	2-11	-7.693*
RCS_1	1	0-4	1	0-3	-.043
RCS_2	2.5	0-4	0	0-4	-4.400*
RCS_3	0.5	0-4	0	0-0	-5.337*
RCS_4	1	0-4	0	0-3	-6.076*
RCS_5	1	0-4	0	0-1	-5.794*
RCS_6	4	0-4	3	0-4	-1.093
RCS_7	0	0-3	0	0-1	-2.849**
RCS_8	1	0-4	0	0-1	-6.623*
RCS_9	2	0-4	2	0-3	-1.601
RCS_10	0	0-2	0	0-0	-3.811*
RCS_11	1	0-4	0	0-0	-5.997*
RCS_12	0	0-2	0	0-0	-4.541*
RCS_13	1	0-4	0	0-0	-6.548*
RCS_14	0	0-4	0	0-0	-5.202*

RCS_1 – Capacidade de ter filhos; RCS_2 – satisfação com o número de filhos; RCS_3 – Menos mulher pelos problemas reprodutivos; RCS_4 – doença afetou a capacidade de ter filhos; RCS_5 – raiva pela capacidade de ter filhos afetada; RCS_6 – falar abertamente acerca da fertilidade ou preocupações reprodutivas; RCS_7 – os outros são os culpados; RCS_8 – triste pela capacidade de ter filhos afetada; RCS_9 – controlo pelo futuro reprodutivo; RCS_10 – culpa pelos problemas reprodutivos; RCS_11 – Incapacidade de ter filhos; RCS_12 – Culpabilização pelos problemas reprodutivos; RCS_13 – Frustração pela capacidade de ter filhos afetada; RCS_14 – menos satisfação com a vida

*com correção de Bonferroni ($p > .003$)

Foi também explorada a relação entre as variáveis médicas e as subescalas da HADS, subescala do QLQ-C30 e da RCS. Pode validar-se, através da análise da tabela 8, que não existem correlações estatisticamente significativas entre as variáveis médicas (fase da doença e tempo de tratamento) e a depressão, ansiedade, preocupações reprodutivas e qualidade de vida.

Tabela 8

Correlação entre as variáveis médicas e a Depressão, Ansiedade, Preocupações reprodutivas (PR) e QL

	Depressão	Ansiedade	PR	QL
Fase da doença	-.139	-.160	-0.14	.052
Tempo de Tratamento	-.080	-.095	.040	-.179

**p≤.001;

*p≤.005

Com a análise da tabela 9, pode concluir-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os níveis de ansiedade e depressão relativamente às variáveis médicas com a exceção da variável filhos antes do diagnóstico. Através da análise da diferença entre as ordens médias, os resultados encontrados vão no sentido de maiores níveis de ansiedade e depressão para as pacientes com o menor número de filhos comparativamente às pacientes com maior número de filhos.

Tabela 9

Resultados do teste χ^2 de Kruskal-Wallis relativo às variáveis médicas do estudo para as subescalas da HADS

	Ansiedade		Depressão	
	χ^2	p	χ^2	p
Tratamento Realizado	9.565	.387	6.842	.654
Forma de Detecção	3.693	.158	5.316	.070
Filhos antes do diagnóstico	11.230	.004	11.675	.003

Tabela 10

Resultados do teste U de Mann-Whitney relativo à variável médica do estudo para as subescalas da HADS

	Ansiedade		Depressão	
	U	p	U	p
Reprodução Assistida (Esclarecimentos)	322.00	.832	269.50	.236

Na comparação da RCS com as diversas variáveis médicas, os dados obtidos apontam uma diferença estatisticamente significativa entre as preocupações reprodutivas e as variáveis, forma de detecção do cancro, $\chi^2 (2, N= 52) = 8.822, p=.012$ e número de filhos antes do diagnóstico $\chi^2 (2, N= 52) = 12.495, p=.002$. A análise da diferença entre as ordens médias, demonstra que os resultados encontrados vão no sentido de elevados níveis de preocupações reprodutivas para as pacientes com o menor número de filhos comparativamente às pacientes com maior número de filhos e também quando a detecção do cancro ocorre em exames de rotina. De salientar que para as restantes variáveis não se registam diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 11

Resultados do teste χ^2 de Kruskal-Wallis relativo às variáveis médicas do estudo na RCS

	RCS	
	χ^2	p
Tratamento Realizado	12.105	.207
Forma de Detecção	8.822	.012
Filhos antes do diagnóstico	12.495	.002

Tabela 12

Resultados do teste U de Mann-Whitney relativo à variável médica do estudo na RCS

	RCS	
	U	p
Reprodução Assistida (Esclarecimentos)	331.50	.971

Na subescala QL verificam-se diferenças estatisticamente significativas para as variáveis filhos antes do diagnóstico, $\chi^2 (2, N= 52) = 7.046, p=.030$, e esclarecimentos acerca da reprodução assistida ($U=219.00, z=-2.138, p=.033$). A observação da diferença entre as ordens médias, aponta que os resultados encontrados vão no sentido de níveis superiores de qualidade de vida e saúde geral para as pacientes com o maior número de filhos comparativamente às pacientes com menor número de filhos, bem como quando

vêm esclarecidas as suas questões acerca da reprodução assistida. Como é ainda visível na tabela 13, não se verificam diferenças estatisticamente significativas para as restantes variáveis.

Tabela 13

Resultados do teste χ^2 de Kruskal-Wallis relativo às variáveis médicas do estudo na subescala QL do QLQ-C30

QL		
	χ^2	p
Tratamento Realizado	11.577	.238
Forma de Detecção	3.554	.169
Filhos antes do diagnóstico	7.046	.030

Tabela 14

Resultados do teste U de Mann-Whitney relativo à variável médica do estudo na subescala QL do QLQ-C30

QL		
	U	p
Reprodução Assistida (Esclarecimentos)	219.00	.033

Explorou-se de igual modo a relação entre as preocupações reprodutivas com a depressão, ansiedade e sub-escala QL (Tabela 15). Os dados apontam que as preocupações reprodutivas se correlacionam com a depressão, ansiedade e qualidade de vida. Neste sentido, as preocupações reprodutivas correlacionam-se positivamente com a depressão ($r=.454$, $p\leq.001$) e com a ansiedade ($r=.426$, $p\leq.001$) e, correlaciona-se negativamente com a qualidade de vida ($r=-.331$, $p=.001$).

Tabela 15

Correlação entre as preocupações reprodutivas com a depressão, ansiedade e QL

	Depressão	Ansiedade	QL
RCS	.454**	.426**	-.331**

** $p\leq.001$

Neste estudo, foi ainda realizada uma análise das características psicométricas, através do cálculo do alpha de Cronbach, para a RCS. Deste modo, para as participantes com diagnóstico de cancro, obteve-se um alpha de Cronbach de .699. Como é visível na tabela 16, se se procedesse à eliminação do item 2, o alpha obtido seria de .796.

Tabela 16

Alpha de Cronbach if item deleted

	Apha de Cronbach
Item 1	.658
Item 2	.796
Item 3	.677
Item 4	.696
Item 5	.615
Item 6	.747
Item 7	.690
Item 8	.606
Item 9	.732
Item 10	.699
Item 11	.606
Item 12	.685
Item 13	.597
Item 14	.644

IV- Discussão dos Resultados

Com este estudo objetivou-se avaliar o impacto psicossocial (ansiedade, depressão e qualidade de vida) das preocupações reprodutivas em mulheres com cancro da mama e ginecológico, nas diferentes fases da doença. E, ainda comparar as preocupações reprodutivas e o ajustamento psicossocial das jovens mulheres com cancro com mulheres saudáveis em idade reprodutiva sem histórico de cancro. Considerou-se, de igual modo, pertinente determinar como os fatores demográficos, clínicos e relacionais influenciam as preocupações reprodutivas das jovens mulheres com cancro.

Como prognosticado, foi encontrada uma relação entre as variáveis psicossociais e as preocupações reprodutivas, através das correlações positivas entre a depressão e ansiedade e as preocupações reprodutivas e, da correlação negativa entre a qualidade de vida e as preocupações reprodutivas. Estes dados mostram, portanto, que a depressão, a ansiedade e qualidade de vida associadas às preocupações reprodutivas têm um impacto negativo nas mulheres jovens. Ou seja, evidencia que quanto mais preocupações reprodutivas as mulheres jovens experienciarem, mais elevados são os níveis de depressão e ansiedade e menor a qualidade de vida. Um estudo realizado por Dunn e Steginga (2002) corrobora os dados obtidos, sendo que Gorman e colaboradores (2010) demonstra ainda que este aumento da sintomatologia depressiva e ansiosa a longo prazo nas mulheres com cancro está relacionada com a preocupação com a reprodução após o tratamento e como a gravidez pode desencadear o risco de recorrência de cancro. No que concerne ao cancro ginecológico, o aumento dos níveis depressivos e ansiosos são justificados pelo aumento de sintomas da menopausa experienciados precocemente (Gershenson et al., 2007).

Tal como era expectável os dados apontam níveis de ansiedade e depressão superiores em mulheres com diagnóstico comparativamente às mulheres sem diagnóstico. O mesmo também é comprovado por outras investigações, que indicam que a prevalência de depressão e ansiedade em mulheres jovens com diagnóstico de cancro de mama é de cerca de duas vezes superior ao da população feminina em geral (Burges et al., 2005).

O estudo permitiu, igualmente, apurar diferenças estatisticamente significativas entre as preocupações reprodutivas e o número de filhos antes do diagnóstico. Isto evidencia que as mulheres manifestam mais preocupações reprodutivas quando o número de filhos antes do diagnóstico é reduzido. E ainda que as mulheres com um ou sem filhos antes do diagnóstico apresentam uma sintomatologia ansiosa e depressiva superior comparativamente às mulheres com dois filhos antes de serem diagnosticadas com cancro. Nesta linha de pensamento, o mesmo é corroborado numa investigação levada a cabo por Gorman e colaboradores (2010) e por Gorman e colaboradores (2014), que revelam que as mulheres sem filhos antes do diagnóstico apresentam maiores preocupações reprodutivas e, consequentemente maior sintomatologia depressiva.

Relativamente, ainda, às preocupações reprodutivas, os dados desta investigação apontam que não existem diferenças estatisticamente significativas entre as participantes com diagnóstico e sem diagnóstico relativamente aos itens capacidade de ter filhos, falar

acerca da fertilidade e acerca do controlo reprodutivo. O mesmo não se verifica no estudo realizado por Wenzel e Colaboradores (2005) para os dois últimos itens mencionados, uma vez que as mulheres com diagnóstico em comparação com os controlos sem histórico de cancro, demonstraram significativamente mais preocupações reprodutivas, no que se referem à reprodução interrompida, bem como uma sensação de tristeza e dificuldades em abordar a questão da fertilidade.

Embora a literatura indique que a infertilidade continua a ser uma preocupação sentida pelas jovens mulheres diagnosticadas com cancro (Carter et al., 2005), os resultados obtidos indicam que a fertilidade não é tida como um fator de decisão na escolha de tratamento de cancro. O mesmo não se verifica numa investigação realizada por Gorman e colaboradores (2010) que demonstra que a maioria das participantes revela que a fertilidade é tida como um fator importante na escolha do tratamento a realizar. No entanto, esta investigação não permite compreender o motivo pelo qual não é considerado como um fator importante no que se refere ao tratamento, provavelmente por a preocupação com a cura ter mais relevância do que com as sequelas. Seriam, portanto, necessários estudos mais aprofundados para obter dados mais precisos.

Relativamente à qualidade de vida, tendo em consideração os resultados da QLQ-C30, evidenciou-se que a subescala de saúde geral e qualidade de vida (QL) é superior nos controlos comparativamente às mulheres com diagnóstico, sendo que o mesmo ocorre para as restantes subescalas com exceção da subescala perda de apetite, insónia e diarreia. De salientar que embora se verifiquem diferenças entre os grupos, os valores obtidos nas diferentes subescalas são reduzidos, de acordo com as medianas obtidas. Uma investigação realizada por Gonçalves (2010) não corrobora estes resultados já que conclui que os sobreviventes de cancro ginecológico comumente apresentam uma boa qualidade de vida tal como os controlos, evidenciando ainda que as sobreviventes de cancro de ovário apresentam pouca sintomatologia física e o sofrimento psicológico é inexistente.

Do presente estudo foi também possível averiguar que as participantes com diagnóstico de cancro apresentam um nível de qualidade de vida superior quando têm filhos antes do diagnóstico e quando são dotadas de esclarecimentos acerca da reprodução assistida. As investigações realizadas acerca da qualidade de vida não são ainda muito esclarecedores, uma vez que alguns estudos enfatizam o aumento da qualidade de vida nas pacientes (Hartl et al., 2010; Silva et al., 2011) e outros apontam a diminuição substancial

da mesma (Ganz et al., 1996; Moreira, Silva & Canavarro, 2008). A pesquisa efetuada para a realização deste trabalho, permitiu verificar que são vários os instrumentos utilizados para a avaliação da qualidade de vida, o que poderá também ser considerado um viés para alguns resultados que se obtêm da literatura.

Para esta investigação não foram tidos em conta os suplementos do QLQ-C30 dedicados ao cancro de mama (QLQ-BR23), ao colo do útero (QLQ-CX24) devido ao reduzido tamanho da amostra ($N_{\text{cancro de mama}} = 44$; $N_{\text{cancro ginecológico}} = 8$) e consequentemente à impossibilidade de realizar uma análise com resultados estatisticamente significativos.

Este estudo tem algumas limitações a nível metodológico que limitam a robustez das interpretações realizadas e capacidade de generalizar as conclusões. Por exemplo, o uso de múltiplas metodologias para o recrutamento quer do grupo das mulheres com cancro quer nos controlos. Outra das limitações prende-se com o fato de o estudo de validação da escala de preocupações reprodutivas estar ainda em curso. Neste sentido, uma investigação mais aprofundada levaria à obtenção de resultados mais consistentes, bem como um maior desenvolvimento e validação do instrumento - teste - reteste e sensibilidade às mudanças ao longo do tempo. Pode também considerar-se como limitação, a questão das preocupações reprodutivas e sua relação com outros resultados de saúde, nomeadamente o tipo de tratamento do cancro e o tipo e a qualidade dos cuidados, que devem ser testados com maior número de participantes.

No entanto, considera-se este tipo de estudos uma mais-valia uma vez que é fundamental apreender as atitudes possíveis das mulheres recém-diagnosticadas ou submetidas a tratamentos e/ou consideradas sobreviventes. É perceptível, nos dias de hoje, não só o aumento de diagnósticos de cancro de mama e ginecológico, mas também com o desenvolvimento da prática da medicina, o aumento do número de mulheres sobreviventes de cancro ginecológico e da mama. Desta forma, torna-se basilar compreender quais as necessidades para a reabilitação desta população tanto a nível fisiológico como psicológico. Seria uma mais-valia explorar, com recurso a amostra de tamanho consideravelmente superior e grupos mais contrabalançados, quais os efeitos secundários específicos experimentados consoante o tipo de tratamento e localização do cancro, e compreender o seu impacto no funcionamento psicossocial e qualidade de vida, com o propósito de se poderem desenvolver programas de prevenção e intervenção que visem um melhor ajustamento a este tipo de doenças.

A revisão bibliográfica efetuada para a realização deste trabalho possibilitou uma compreensão de que a qualidade de vida é uma questão de extrema relevância e que a saúde reprodutiva está-lhe diretamente ligada, uma vez que inclui vários domínios fisiológicos e psicológicos (Quinn et al., 2013). Desta forma, considera-se uma questão *sine qua non* que as equipas multidisciplinares que acompanham todo o processo das pacientes com cancro se dotarem de formação específica e atualizada para melhor darem resposta às necessidades que esta doença implica.

V- Referências

- Amant, F., Van Calsteren, K., Halaska, M., Beijnen, J., Lagae, L., Hanssens, M., ... & du Bois, A. (2011). Gynecologic cancers in pregnancy: guidelines of an international consensus meeting. In Reed, R., Green, J., Gershenson, D., Siddiqui, N., & Connor R. (Eds.). *Rare and Uncommon Gynecological Cancers*, (pp. 209-227). Springer: Berlin Heidelberg.
- Azim, H., Santoro, Pavlidis, N., Gelber, S., Kroman, N., Azim, H. & Peccatori, F. (2011). Safety of pregnancy following breast cancer diagnosis: a meta-analysis of 14 studies. *European Journal of Cancer*, 47(1), 74-83.
- Björneklett, H., Rosenblad, A., Lindemalm, C., Ojutkangas, M., Letocha, H. Strang, P. & Bergkvist, L. (2013). Long-term follow-up of a randomized study of support group intervention in women with primary breast cancer. *Journal of psychosomatic research*, 74(4), 346-353.
- Blakely, L., Buzdar, A., Lozada, J., Shullaih, S., Hoy, E., Smith, T., & Hortobagyi, G. (2004). Effects of pregnancy after treatment for breast carcinoma on survival and risk of recurrence. *Cancer*, 100(3), 465-469.
- Bloom, J., Stewart, S., Oakley-Girvan, I., Banks, P., & Shema, S. (2012). Quality of life of younger breast cancer survivors: persistence of problems and sense of well-being. *Psycho-Oncology*, 21(6), 655-665.
- Breast Cancer Care. (2013). Types of primary breast cancer. Acedido a 2 de Dezembro, 2014, Disponível em <http://www.breastcancercare.org.uk/breast-cancer-information/about-breast-cancer/primary-breast-cancer/types%C2%A0of%C2%A0primary%C2%A0breast%C2%A0cancer>.

- Burgess, C., Cornelius, V., Love, S., Graham, J., Richards, M., & Ramirez, A. (2005). Depression and anxiety in women with early breast cancer: five year observational cohort study. *Bmj*, 330(7493), 702-706.
- Carbonne, B., & Ansquer, Y. (2010). Pregnancy after gynecologic or breast cancer. *Bulletin de l'Academie nationale de medecine*, 194(3), 509-18.
- Carter, J., Rowland, K., Chi, D., Brown, C., Abu-Rustum, N., Castiel, M., & Barakat, R. (2005). Gynecologic cancer treatment and the impact of cancer-related infertility. *Gynecologic oncology*, 97(1), 90-95.
- Consolo, F., & Romão, A. (2012). Women's poorer satisfaction with their sex lives following gynecologic cancer treatment. *Clinical journal of oncology nursing*, 16(3), 273-277.
- De Bree, E., Makrigiannakis, A. Askoxylakis, J. Melissas, J. & Tsiftsis, D. (2010). Pregnancy after breast cancer. A comprehensive review. *Journal of surgical oncology*, 101(6), 534-542.
- Direção-Geral da Saúde. (2012). *Programa nacional para as doenças oncológicas - orientações programáticas*. Acedido a 2 de Dezembro, 2014, Disponível em <http://www.dgs.pt/?cr=22514>.
- Direção-Geral da Saúde. (2013). *Portugal Doenças oncológicas em números – 2013*. Acedido a 2 de Dezembro, 2014, Disponível em <http://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-doencas-oncologicas-em-numeros-2013.aspx>.
- Dunn, J., & Steginga, S. (2000). Young women's experience of breast cancer: defining young and identifying concerns. *Psycho-Oncology*, 9(2), 137-146.
- Fayers, P., Aaronson, N., Bjordal, K., Groenvold, M., Curran, D., Bottomley, A., on behalf of the EORTC Quality of Life Group (2001). The EORTC QLQ-C30 Scoring Manual. (3^a ed.). Brussels: European Organization for Research and Treatment of Cancer.
- Foundation for Women's Cancer. (2015). Types of Gynecologic Cancers. Acedido a 2 de Maio, 2015, Disponível <http://www.foundationforwomenscancer.org/types-of-gynecologic-cancers/>
- Ganz, P., Coscarelli, A., Fred, C., Kahn, B., Polinsky, M., & Petersen, L. (1996). *Breast cancer research and treatment*, 38(2), 183-199.

- Gershenson, D., Miller, A., Champion, V., Monahan, P., Zhao, Q., & Cella, D.,(2007). Reproductive and sexual function after platinum-based chemotherapy in long-term ovarian germ cell tumor survivors: a Gynecologic Oncology Group study. *J Clin Oncol*, 25(1), 2792–2797.
- Goncalves, V. (2010). Long-term quality of life in gynecological cancer survivors. *Current Opinion. Obstetrics and Gynecology*, 22(1), 30-35.
- Gorman, J., Malcarne, V., Roesch, S., Madlensky, L. & Pierce, J. (2010). Depressive symptoms among young breast cancer survivors: the importance of reproductive concerns. *Breast cancer research and treatment*, 123(2), 477-485.
- Härtl, K., Schennach, R., Müller, M., Engel, J., Reinecker, H., Sommer, H., & Friese, K. (2010). Quality of life, anxiety, and oncological factors: a follow-up study of breast cancer patients. *Psychosomatics*, 51(2), 112-123.
- Heintz, A., Odicino, F., Maisonneuve, P., Quinn, M., Benedet, J., Creasman, W., ... & Beller, U. (2006). Carcinoma of the ovary. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 95(1), 161-192.
- Helgeson, V. (2011). Survivor centrality among breast cancer survivors: implications for well-being. *Psycho-Oncology*, 20(5), 517-524.
- ICO HPV Information Centre (2014). *Human Papillomavirus and Related Diseases Report*. Acedido a 11 de Novembro, 2015, Disponível em <http://www.hpvcentre.net/statistics/reports/XWX.pdf>.
- Jorge, A. (2011). Cancro da Vulva. In Freire de Oliveira, C. (Eds.). *Manual de Ginecologia – Volume II*, (pp. 339-351). Lisboa: Permanyer Portugal.
- Liga Portuguesa Contra o Cancro (2009). *Europa Donna Portugal*. Acedido a 11 de Novembro, 2015, Disponível em <http://www.ligacontracancro.pt/gca/index.php?id=370>.
- Liu, Y., & Zhang, W. (2015). Recent advances for improving fertility in gynaecological cancer patients. *European review for medical and pharmacological sciences*, 19(17), 3224-3228.
- Maroco, J. (2010). *Análise Estatística com Utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílado.
- Mastro, L., Catzeddu, T. & Venturini, M. (2006). Infertility and pregnancy after breast cancer: current knowledge and future perspectives. *Cancer treatment reviews*, 32(6), 417-422.

- Moreira, H., & Canavarro, M. (2012). The association between self-consciousness about appearance and psychological adjustment among newly diagnosed breast cancer patients and survivors. *The moderating role of appearance investment: Body image*, 9(2), 209-215.
- Moreira, H., Silva, S.& Canavarro, C. (2008). Qualidade de vida e ajustamento psicossocial da mulher com cancro da mama: Do diagnóstico à sobrevivência. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9(1), 165-184.
- Mota, F. (2011). Cancro do Endométrio. In Freire de Oliveira, C. (Eds.). *Manual de Ginecologia – Volume II*, (pp. 365-378). Lisboa: Permanyer Portugal.
- Pagani, O., & Azim, H. (2012). Pregnancy after breast cancer: myths and facts. *Breast Care*, 7(3), 210-214.
- Pais-Ribeiro, J., Pinto, C., & Santos, C. (2008). Estudo de validação da versão portuguesa do QLQ-C30-V.3. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9(1), 89-102.
- Quinn, G., Murphy, D., Sehovic, I., & Sawczyn, K. (2013). Defining the how of reproductive health in adolescent and young adult cancer populations: Fertility is only one piece pf the puzzle. *Clin Pract*, 10(3), 301-310.
- Ramos, A., & Patrão, I. (2005). Imagem corporal da mulher com cancro de mama: Impacto na qualidade do relacionamento conjugal e na satisfação sexual. *Análise Psicológica*, 23(3), 295-304.
- Rodrigues, V. (2011). Prevenção Secundária do Cancro da Mama Feminina. In Freire de Oliveira, C. (Eds.). *Manual de Ginecologia – Volume II*, (pp. 191-201). Lisboa: Permanyer Portugal.
- Rodríguez, E., & Font, A. (2013). Eficacia de la terapia de grupo en cáncer de mama: evolución de las emociones desadaptativas. *Psicooncología*, 9(2-3), 275-287.
- Schnur, J., Ouellette, S., DiLorenzo, T., Green, S., & Montgomery, G. (2011). A qualitative analysis of acute skin toxicity among breast cancer radiotherapy patients. *Psycho-Oncology*, 20(3), 260-268.
- Senkus, E., Cardoso, F.& Pagani, O. (2014). Time for more optimism in metastatic breast cancer?. *Cancer treatment reviews*, 40(2), 220-228.
- Silva, S., Crespo, C., & Canavarro, M. (2012a). Pathways for psychological adjustment in breast cancer: A longitudinal study on coping strategies and posttraumatic growth. *Psychology & health*, 27(11), 1323-1341.

- Silva, S., Moreira, H. & Canavarro, M. (2012b). Examining the links between perceived impact of breast cancer and psychosocial adjustment: the buffering role of posttraumatic growth. *Psycho-Oncology*, 21(4), 409-418.
- Silva, S., Bettencourt, D., Moreira, H., & Canavarro, M. (2011). Qualidade de vida de mulheres com cancro da mama nas diversas fases da doença: o papel de variáveis sociodemográficas, clínicas e das estratégias de coping enquanto factores de risco/protecção. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 29(1), 64-76.
- Tavares, J., & Trad, L. (2005). Metáforas e significados do câncer de mama na perspectiva de cinco famílias afetadas. *Cad. saúde pública*, 21(2), 426-435.
- Thewes, B., Butow, P., Girgis, A., & Pendlebury, S. (2004). The psychosocial needs of breast cancer survivors; a qualitative study of the shared and unique needs of younger versus older survivors. *Psycho-Oncology*, 13(3), 177-189.
- Thewes, B., Meiser, B., Taylor, A., Phillips, K., Pendlebury, S., Capp, A., Dalley, D., Goldstein, D., Baber, R., & Friedlander, M. (2005). Fertility-and menopause-related information needs of younger women with a diagnosis of early breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 23(22), 5155-5165.
- Varela, M., & Leal, I. (2007). Estratégias de coping mulheres com cancro da mama. *Análise Psicológica*, 25(3), 479-488.
- Vargas, S., Wohlgemuth, W., Antoni, M., Lechner, S., Holley, H., & Carver C., (2010). Brief Report: Sleep Dysfunction and Psychosocial Adaptation Among Women Undergoing Treatment for Non-Metastatic Breast Cancer. *Psycho-oncology*, 19(6), 669-673.
- Virtue, S., Manne, S., Darabos, K., Heckman, C., Ozga, M., Kissane, D., ... & Rosenblum, N. (2014). Emotion episodes during psychotherapy sessions among women newly diagnosed with gynecological cancers. *Psycho-Oncology*, 24(9), 1189-1196.
- Wenzel, L., Dogan-Ates, A., Habbal, R., Berkowitz, R., Goldstein, D., Bernstein, M., Kluhsman, B., Osann, K., Newlands, E., & Seckl, M. (2005). Defining and measuring reproductive concerns of female cancer survivors. *JNCI Monographs*, 2005(34), 94-98.
- Wong-Kim, E., & Bloom, J. (2005). Depression experienced by young women newly diagnosed with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 14(7), 564-573.

- World Health Organization. (2015). Sexual and reproductive health. Acedido a 2 de Maio, 2014, Disponível em http://www.who.int/reproductivehealth/publications/infertility/9789241505000_annex3/en/
- World Health Organization. (2014). Breast cancer: prevention and control. Acedido a 2 de Dezembro, 2014, Disponível em <http://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/en/>
- World Health Organization. (2003). *Pathology & Genetics – Tumours of the breast and female genital organs*. Lyon: IARC Press.
- Zavesky, L., Jandakova, E., Turyna, R., Langmeierova, L., Weinberger, V., Minar, L., & Kohoutova, M. (2015). New perspectives in diagnosis of gynaecological cancers: Emerging role of circulating microRNAs as novel biomarkers. *Neoplasma* 62(4), 509-520.
- Zebrack, B., Casillas, J., Nohr, L., Adams, H., & Zeltzer, L.(2004). Fertility issues for young adult survivors of childhood cancer. *Psycho-Oncology*, 13(10),689-699.

Anexos

Consentimento Informado

No âmbito da dissertação de Mestrado de Psicologia da Saúde e Reabilitação Neuropsicológica, realizada na Universidade de Aveiro, estou a realizar um estudo que pretende avaliar o impacto psicossocial das dificuldades reprodutivas em mulheres jovens com diagnóstico de cancro de mama e cancro ginecológico.

O anonimato e a confidencialidade dos dados recolhidos são garantidos, não sendo associada qualquer informação ao participante em questão.

A sua participação nesta experiência é voluntária. Se concordar em participar poderá desistir a qualquer momento, devendo apenas comunicá-lo à psicóloga.

Caso deseje obter mais informações sobre esta investigação poderá contactar através do endereço de correio eletrónico: mjoaosousa@ua.pt.

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações à psicóloga se não estiver completamente esclarecido.

- Declaro ter compreendido os objetivos de quanto me foi proposto e explicado pela psicóloga que assina este documento, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora, ter-me sido garantido que posso recusar esta solicitação a qualquer momento, e ter-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta. Desejo colaborar no estudo do Mestrado da Psicóloga Maria João Cândido, autorizado pelo Centro Hospitalar Baixo Vouga e pela Universidade de Aveiro.

_____ (localidade), __/__/____

Assinatura _____



Questionário Inicial

Idade: _____

Estado Civil:

Solteira ()

Casada ()

União de facto ()

Viúva ()

Habilitações Literárias:

1º Ciclo ()

2º Ciclo ()

3º Ciclo ()

Ensino Secundário ()

Licenciatura ()

Mestrado ()

Doutoramento ()

Situação Profissional: _____

Cancro Diagnosticado:

Cancro de mama ()

Cancro Ginecológico ()

Outras Doenças:

Não ()

Sim ()

Quais: _____

Forma de deteção do Cancro:

Auto-exame (palpação) da mama ()

Em consulta de rotina no médico ()

Exames de rastreio ()

Outro () _____

Fase da Doença:

Carcinoma in situ ()

Fase I ()

Fase II ()

Fase III ()

Fase IV ()

Tratamento realizado:

Cirurgia ()

Quimioterapia ()

Radioterapia ()

Terapia Hormonal ()

Outro () _____

Idade no diagnóstico: _____

Idade no tratamento: _____

Tempo de tratamento: _____

Filhos antes do diagnóstico:

Não ()

Sim ()

Quantos:_____

Caso pretenda esclarecimentos acerca da reprodução assistida, sabe onde ir ou com quem falar?

Não ()

Sim ()

Quem:_____

De 0 a 10 avalie a importância de ser mãe na sua vida

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

De 0 a 10 classifique a qualidade do seu relacionamento com seu o parceiro

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

De 0 a 10 indique como a fertilidade desempenhou um fator de decisão relativamente ao tratamento de cancro

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

De 0 a 10 classifique as suas preocupações relacionadas com a saúde, nomeadamente a recorrência do cancro

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ESCALA DE PREOCUPAÇÕES REPRODUTIVAS

As afirmações seguintes refletem possíveis sentimentos ou pensamentos acerca da gravidez, fertilidade (capacidade de engravidar), e reprodução (ter filhos). Por favor assinale como cada afirmação se adequou a si no passado mês. Se sentir que a afirmação não é relevante para si, por favor, responda "Nada".

Durante o mês passado:	Nada	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
1- Estou preocupada com a minha capacidade de ter filhos	0	1	2	3	4
2- Estou satisfeita com o número de filhos que tenho	0	1	2	3	4
3- Sinto-me menos mulher devido aos meus problemas reprodutivos.	0	1	2	3	4
4- Uma doença afetou a minha capacidade de ter filhos.	0	1	2	3	4
5- Sinto raiva que minha capacidade de ter filhos tenha sido afetada.	0	1	2	3	4
6- Sou capaz de falar abertamente sobre a fertilidade ou preocupações reprodutivas.	0	1	2	3	4
7- Os outros são os culpados pelos meus problemas reprodutivos.	0	1	2	3	4
8- Sinto-me triste porque a minha capacidade de ter filhos foi afetada.	0	1	2	3	4
9- Eu tive controlo sobre o meu futuro reprodutivo.	0	1	2	3	4
10- Sinto-me culpada pelos meus problemas reprodutivos.	0	1	2	3	4
11- Lamento a minha incapacidade de ter filhos.	0	1	2	3	4
12- Culpabilizo-me pelos meus problemas reprodutivos.	0	1	2	3	4
13- Sinto-me frustrada porque a minha capacidade de ter filhos foi afetada.	0	1	2	3	4
14- Estou menos satisfeita com a minha vida devido aos meus problemas reprodutivos.	0	1	2	3	4

EADH

(Snaith & Zigmond, 1994; versão portuguesa: Pais- Ribeiro, et al., 2006)

Este questionário foi construído com o objetivo de ajudar a saber como se sente. Pedimos-lhe que leia cada uma das perguntas e faça uma cruz (X) no quadrado que melhor descreve a forma como se tem sentido na última semana.

Não demore muito tempo a pensar nas respostas. A sua reacção imediata a cada questão será provavelmente mais correta do que uma resposta muito ponderada. Por favor, faça apenas um (X) em cada pergunta.

1. Sinto-me tenso(o) ou nervoso(a)	<input type="checkbox"/> Quase sempre <input type="checkbox"/> Muitas vezes <input type="checkbox"/> Por vezes <input type="checkbox"/> Nunca
2. Ainda sinto prazer nas coisas que costumava gostar	<input type="checkbox"/> Tanto como antes <input type="checkbox"/> Não tanto agora <input type="checkbox"/> Só um pouco <input type="checkbox"/> Quase nada
3. Tenho uma sensação de medo como se algo terrível estivesse a acontecer	<input type="checkbox"/> Sim e muito forte <input type="checkbox"/> Sim, mas não muito forte <input type="checkbox"/> Um pouco, mas não me aflige <input type="checkbox"/> De modo algum
4. Sou capaz de rir e ver o lado divertido das coisas	<input type="checkbox"/> Tanto como antes <input type="checkbox"/> Não tanto como antes <input type="checkbox"/> Muito menos agora <input type="checkbox"/> Nunca
5. Tenho a cabeça cheia de preocupações	<input type="checkbox"/> A maior parte do tempo <input type="checkbox"/> Muitas vezes <input type="checkbox"/> Por vezes <input type="checkbox"/> Quase nunca
6. Sinto-me animado(a)	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Poucas vezes <input type="checkbox"/> De vez em quando <input type="checkbox"/> Quase sempre
7. Sou capaz de estar descontraidamente sentado(a) e sentir-me relaxado(a)	<input type="checkbox"/> Quase sempre <input type="checkbox"/> Muitas vezes <input type="checkbox"/> Por vezes <input type="checkbox"/> Nunca
8. Sinto-me mais lento(a) como se fizesse as coisas mais devagar	<input type="checkbox"/> Quase sempre <input type="checkbox"/> Muitas vezes <input type="checkbox"/> Por vezes <input type="checkbox"/> Nunca
9. Fico de tal forma apreensivo(a) (com medo), que até sinto um aperto no estômago	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Por vezes <input type="checkbox"/> Muitas vezes <input type="checkbox"/> Quase sempre

- | | |
|--|--|
| 10. Perdi interesse em cuidar do meu aspeto físico | <input type="checkbox"/> Completamente
<input type="checkbox"/> Não dou a atenção que devia
<input type="checkbox"/> Talvez ande menos que antes
<input type="checkbox"/> Tenho o mesmo interesse de sempre |
| <hr/> | |
| 11. Sinto-me de tal forma inquieto(a) que não consigo estar parado(a) | <input type="checkbox"/> Muito
<input type="checkbox"/> Bastante
<input type="checkbox"/> Não muito
<input type="checkbox"/> Nada |
| <hr/> | |
| 12. Penso com prazer nas coisas que podem acontecer o futuro | <input type="checkbox"/> Tanto como antes
<input type="checkbox"/> Não tanto como antes
<input type="checkbox"/> Bastante menos agora |
| <hr/> | |
| 13. De repente tenho sensações de pânico | <input type="checkbox"/> Muitas vezes
<input type="checkbox"/> Bastantes vezes
<input type="checkbox"/> Por vezes
<input type="checkbox"/> Nunca |
| <hr/> | |
| 14. Sou capaz de apreciar um bom livro ou programa de rádio ou televisão | <input type="checkbox"/> Muitas vezes
<input type="checkbox"/> De vez em quando
<input type="checkbox"/> Poucas vezes
<input type="checkbox"/> Quase nunca |



EORTC QLQ-C30 (version 3)

Gostaríamos de conhecer alguns pormenores sobre si e a sua saúde. Responda você mesmo/a, por favor, a todas as perguntas fazendo um círculo à volta do número que melhor se aplica ao seu caso. Não há respostas certas nem erradas. A informação fornecida é estritamente confidencial.

Escreva as iniciais do seu nome:

--	--	--	--	--

A data de nascimento (dia, mês, ano):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

A data de hoje (dia, mês, ano):

31

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

	Não	Um pouco	Bastante	Muito
1. Custa-lhe fazer esforços mais violentos, por exemplo, carregar um saco de compras pesado ou uma mala?	1	2	3	4
2. Custa-lhe percorrer uma <u>grande</u> distância a pé?	1	2	3	4
3. Custa-lhe dar um <u>pequeno</u> passeio a pé, fora de casa?	1	2	3	4
4. Precisa de ficar na cama ou numa cadeira durante o dia?	1	2	3	4
5. Precisa que o/a ajudem a comer, a vestir-se, a lavar-se ou a ir à casa de banho?	1	2	3	4

Durante a última semana :

	Não	Um pouco	Bastante	Muito
6. Sentiu-se limitado/a no seu emprego ou no desempenho das suas actividades diárias?	1	2	3	4
7. Sentiu-se limitado/a na ocupação habitual dos seus tempos livres ou noutras actividades de lazer?	1	2	3	4
8. Teve falta de ar?	1	2	3	4
9. Teve dores?	1	2	3	4
10. Precisou de descansar?	1	2	3	4
11. Teve dificuldade em dormir?	1	2	3	4
12. Sentiu-se fraco/a?	1	2	3	4
13. Teve falta de apetite?	1	2	3	4
14. Teve enjoos?	1	2	3	4
15. Vomitou?	1	2	3	4

Por favor, passe à página seguinte

Durante a última semana :

	Não	Um pouco	Bastante	Muito
16. Teve prisão de ventre?	1	2	3	4
17. Teve diarreia?	1	2	3	4
18. Sentiu-se cansado/a?	1	2	3	4
19. As dores perturbaram as suas actividades diárias?	1	2	3	4
20. Teve dificuldade em concentrar-se, por exemplo, para ler o jornal ou ver televisão?	1	2	3	4
21. Sentiu-se tenso/a?	1	2	3	4
22. Teve preocupações?	1	2	3	4
23. Sentiu-se irritável?	1	2	3	4
24. Sentiu-se deprimido/a?	1	2	3	4
25. Teve dificuldade em lembrar-se das coisas?	1	2	3	4
26. O seu estado físico ou tratamento médico interferiram na sua vida <u>familiar</u> ?	1	2	3	4
27. O seu estado físico ou tratamento médico interferiram na sua actividade <u>social</u> ?	1	2	3	4
28. O seu estado físico ou tratamento médico causaram-lhe problemas de ordem financeira?	1	2	3	4

Nas perguntas que se seguem faça um círculo à volta do número, entre 1 e 7, que melhor se aplica ao seu caso

29. Como classificaria a sua saúde em geral durante a última semana?

1 2 3 4 5 6 7

Péssima

Óptima

30. Como classificaria a sua qualidade de vida global durante a última semana?

1 2 3 4 5 6 7

Péssima

Óptima



EORTC QLQ - BR23

Às vezes os doentes relatam que tem os seguintes sintomas ou problemas. Por favor, indique em que medida sentiu estes sintomas ou problemas durante a semana passada.

Durante a semana passada:

	Não	Um pouco	Bastante	Muito
31. Sentiu seca na boca?	1	2	3	4
32. A comida e a bebida souberam-lhe de forma diferente da habitual?	1	2	3	4
33. Os olhos doeram-lhe, picaram ou choraram?	1	2	3	4
34. Caiu-lhe algum cabelo?	1	2	3	4
35. Só responda a esta pergunta se teve quedas de cabelo: Ficou preocupada com as quedas de cabelo?	1	2	3	4
36. Sentiu-se doente ou indisposta?	1	2	3	4
37. Teve afrontamentos?	1	2	3	4
38. Teve dores de cabeça?	1	2	3	4
39. Sentiu-se menos atraente fisicamente devido à doença e ao tratamento ?	1	2	3	4
40. Sentiu-se menos feminina por causa da doença e do tratamento?	1	2	3	4
41. Teve dificuldade em olhar para o seu corpo, nua?	1	2	3	4
42. Sentiu-se pouco satisfeita com o seu corpo?	1	2	3	4
43. Preocupou-se com o seu estado de saúde no futuro?	1	2	3	4

Durante as últimas quatro semanas:

	Não	Um pouco	Bastante	Muito
44. Até que ponto sentiu desejo sexual?	1	2	3	4
45. Até que ponto esteve sexualmente activa? (com ou sem relações sexuais)	1	2	3	4
46. Só responda a esta pergunta se esteve sexualmente activa: Até que ponto as relações sexuais deram-lhe prazer?	1	2	3	4

Por favor, passe para a página seguinte

Durante a última semana:

	Não	Um pouco	Bas- tante	Muito
47. Teve dores no braço ou no ombro?	1	2	3	4
48. Teve o braço ou a mão inchados?	1	2	3	4
49. Teve dificuldade em levantar o braço ou fazer movimentos laterais com ele?	1	2	3	4
50. Sentiu dores na área da mama afectada?	1	2	3	4
51. A área da mama afectada inchou?	1	2	3	4
52. Sentiu a área da mama afectada muito sensível?	1	2	3	4
53. Teve problemas de pele na área ou à volta da área da mama afectada? (por exemplo, comichão, pele seca, pele a escamar)	1	2	3	4



EORTC QLQ – CX24

Às vezes os doentes relatam que têm os seguintes sintomas ou problemas. Por favor, indique em que medida sentiu estes sintomas ou problemas, por favor, envolva com um círculo a situação mais adequada ao seu caso.

Durante a semana passada:	Nada	Um pouco	Bas- tante	Muito
31. Teve algumas cólicas no seu abdómen?	1	2	3	4
32. Teve alguma perda involuntária de fezes?	1	2	3	4
33. Teve sangue nas suas fezes?	1	2	3	4
34. Urinou com frequência?	1	2	3	4
35. Teve dores ou sensação de queimadura ao urinar?	1	2	3	4
36. Já teve perdas de urina involuntárias?	1	2	3	4
37. Teve algum problema em urinar?	1	2	3	4
38. Teve uma perna ou ambas as pernas inchadas?	1	2	3	4
39. Teve dores na parte inferior das costas?	1	2	3	4
40. Notou alguma sensação de formigueliro/entorpecimento e/ou uma diminuição da sensibilidade nas mãos ou nos pés?	1	2	3	4
41. Sentiu irritação/dores na vagina/vulva?	1	2	3	4
42. Teve corrimentos vaginais?	1	2	3	4
43. Teve perda de sangue vaginal?	1	2	3	4
44. Teve afrontamentos e/ou suores?	1	2	3	4
45. Sentiu-se menos atraente fisicamente devido à doença e ao tratamento?	1	2	3	4
46. Sentiu-se menos feminina por causa da doença e do tratamento?	1	2	3	4
47. Sentiu-se pouco satisfeita com o seu corpo?	1	2	3	4

Por favor, passe para a página seguinte

Durante as 4 semanas passadas:

	Nada	Um pouco	Bastante	Muito
48. Esteve preocupada de que o sexo pudesse ser doloroso?	1	2	3	4
49. Tem tido actividade sexual?	1	2	3	4

Responda a estas perguntas apenas se tiver tido actividade sexual durante as últimas 4 semanas

	Nada	Um pouco	Bastante	Muito
50. Sentiu a vagina seca durante a actividade sexual?	1	2	3	4
51. Notou que a sua vagina ficou mais curta?	1	2	3	4
52. Notou que a sua vagina ficou mais apertada?	1	2	3	4
53. Teve algumas dores durante a relação sexual?	1	2	3	4
54. Até que ponto as relações sexuais deram-lhe prazer?	1	2	3	4



EORTC QLQ – OV28

Às vezes os doentes relatam que têm os seguintes sintomas ou problemas. Por favor, indique em que medida sentiu estes sintomas ou problemas durante a semana passada. Por favor, envolva com um círculo a situação mais adequada ao seu caso.

Durante a semana passada:	Nada	Um pouco	Bastante	Muito
31. Teve dores na barriga?	1	2	3	4
32. Teve a sensação de barriga ou estômago inchado?	1	2	3	4
33. Sentiu que a roupa lhe ficava demasiado apertada?	1	2	3	4
34. Sentiu que os intestinos funcionaram de modo diferente por causa da sua doença ou do tratamento?	1	2	3	4
35. Sentiu-se incomodado com gases, ventosidade ou flatulência?	1	2	3	4
36. Sentiu-se enfartado logo depois de ter começado a comer?	1	2	3	4
37. Teve azia ou dificuldade em fazer a digestão?	1	2	3	4
38. Caiu-lhe algum cabelo?	1	2	3	4
39. Só responda a esta pergunta se teve quedas de cabelo: Ficou preocupada com as quedas de cabelo?	1	2	3	4
40. A comida e a bebida souberam-lhe de forma diferente da habitual?	1	2	3	4
41. Teve a sensação de formigueiro nas mãos ou pés?	1	2	3	4
42. Sentiu os dedos dos pés ou das mãos dormentes?	1	2	3	4
43. Sentiu os braços ou as pernas fracas?	1	2	3	4
44. Teve dores nos músculos ou nas articulações?	1	2	3	4
45. Teve problemas em ouvir?	1	2	3	4
46. Urinou com frequência?	1	2	3	4
47. Teve problemas de pele? (por exemplo, comichão, pele seca,)	1	2	3	4
48. Teve afrontamentos?	1	2	3	4
49. Teve suores nocturnos?	1	2	3	4

Por favor, passe para a página seguinte

Durante a semana passada:

	Nada	Um pouco	Bas- tante	Muito
50. Sentiu-se menos atraente fisicamente devido à doença e ao tratamento?	1	2	3	4
51. Sentiu-se pouco satisfeita com o seu corpo?	1	2	3	4
52. Em que medida a sua doença tem sido um fardo para si?	1	2	3	4
53. Em que medida o tratamento tem sido um fardo para si?	1	2	3	4
54. Preocupou-se com o seu estado de saúde no futuro?	1	2	3	4

Durante as últimas quatro semanas:

	Nada	Um pouco	Bas- tante	Muito
55. Até que ponto sentiu desejo sexual?	1	2	3	4
56. Até que ponto esteve sexualmente activa?	1	2	3	4
Só responda a esta pergunta se esteve sexualmente activa:				
57. Até que ponto as relações sexuais lhe deram prazer?	1	2	3	4
58. Sentiu a vagina seca durante a actividade sexual?	1	2	3	4